

# **Krankenkassen zwischen Wirtschaftlichkeitsgebot und unberechtigter Leistungsverweigerung**

Dr. Rainer Daubenbüchel

Präsident des Bundesversicherungsamtes a.D.

Vortrag beim Neunten Herbstsymposium der Deutschen  
Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. am 31.10.2009

# Übersicht

- Aufgaben des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde von Krankenkassen
- Rahmenbedingungen für die Krankenkassen zur Fallprüfung im Krankenhaus
- Auswirkungen auf die Zahlungsfähigkeit von Krankenkassen
  - durch den Morbi-RSA
  - durch die weitgehende Beschränkung der Beitrags-  
hoheit
- Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse:  
Bleibt das Krankenhaus auf den Kosten sitzen?

# Abgrenzung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden

- Das BVA führt die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt.
- Die Aufsicht über die übrigen Sozialversicherungsträger führt die jeweils zuständige Behörde des Landes, in dem der Träger seinen Sitz hat (i.d.R. Sozialministerium oder Senat).
- Vgl. dazu § 90 Abs. 1 und 3 SGB IV.

# Rechtsstellung der Träger der Sozialversicherung

- Die Sozialversicherungsträger sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung; sie erfüllen im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung, § 29 SGB IV.
- Daher: grundsätzlich reine Rechtsaufsicht, keine Fachaufsicht.

# Organisationsrechtliche Stellung des Bundesversicherungsamtes

- Selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
- Weitgehende Unabhängigkeit des Bundesversicherungsamtes in Aufsichtsangelegenheiten: es unterliegt nur allgemeinen Weisungen, dagegen keine Weisungen im Einzelfall.
- Außerdem erfüllt das BVA zahlreiche durch Gesetz übertragene Verwaltungsaufgaben, insbesondere die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und die Verwaltung des Gesundheitsfonds.

# Anlässe von aufsichtsrechtlichen Verfahren

- Petitionen, Beschwerden und sonstige Eingaben
- Öffentlichkeitsarbeit insbesondere der Krankenkassen
- Erkenntnisse aus Aufsichtsprüfungen, regelmäßig (§ 274 SGB V) oder aus aktuellem Anlass
- Erkenntnisse der Vergabepflichtstelle

# **Aufsichtsrechtliches Verfahren bei Verdacht auf Rechtsverstoß, §§ 87 f. und 89 SGB IV**

- Klärung des Sachverhaltes durch
  - Einholung einer Stellungnahme des Trägers,
  - eigene Ermittlungen,
  - gegebenenfalls Sonderprüfung.
- Bei Bestätigung des Rechtsverstoßes: in der Regel Aufforderung an Träger, Verstoß zu beheben bzw. zu unterlassen.

# Aufsichtsrechtliches Verfahren, Fortsetzung

- Bei Nichtbeachtung der Beanstandung: förmliche aufsichtsrechtliche Beratung des Trägers
- Bei weiterer Nichtbeachtung: Verpflichtungsbescheid der Aufsichtsbehörde, ggfls. mit Anordnung der sofortigen Vollziehung
- Bei Rechtsmittel des Trägers: Sozialgerichtliches Verfahren, Eingangsinstanz: Landessozialgericht (§ 29 SGG)

# Mitwirkungsrechte der Aufsicht durch Genehmigungsvorbehalte

- Genehmigung von Satzungen der Versicherungsträger
- Genehmigung bzw. Beanstandung von Haushaltsplänen und Dienstordnung
- Genehmigung bzw. Beanstandung von Gefahrtarifen in der Unfallversicherung
- Rücklagenentscheidungen und Vermögensanlagen der Träger

# **Rahmenbedingungen für die Krankenkassen zur Fallprüfung im Krankenhaus**

- Das Verhältnis Versicherte zur Krankenkasse regelt § 39 SGB V: Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht auf andere Weise erreicht werden kann.

# Rahmenbedingungen im Verhältnis Krankenkassen zu Krankenhäusern

- Insbesondere durch:
  - Verträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der Landeskrankenhausesellschaft
- Wesentliche Inhalte:
  - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung
  - Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (vgl. auch § 113 SGB V)
- - zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus  
vgl. 115 ff. SGB V.

# Entscheidung über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung

- Rechtsklarheit durch Beschluss des Großen Senats des BSG v. 25.9.2007, GS 1/06:
  - Die Entscheidung obliegt letztlich weder dem einweisenden Arzt (trotz § 73 Abs. 4 SGB V), noch dem Krankenhausarzt (trotz § 39 Abs. 1, S. 2 SGB V), sondern der Krankenkasse, ggfls. nach Überprüfung durch den MDK; denn die Krankenkasse ist dem Versorgungsanspruch des Versicherten ausgesetzt.

# **Anspruch auf stationäre Versorgung, Fortsetzung**

- Die Entscheidung ist ausschließlich nach medizinischen Gründen zu treffen; andere Gründe, z.B. Unterbringungsbedarf, sind unerheblich.
- Im Streitfall uneingeschränkte Überprüfung der Frage durch das Gericht; dieses hat allerdings dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen.

# Beispielhafte Abrechnungsfehler

- Mit der Einführung der Fallpauschalen ist die Vergütung leistungsgerechter geworden, aber auch fehleranfälliger. Prüfungen des BVA haben z.B. folgende Abrechnungsfehler gefunden:
  - bei zu früher Entlassung aus dem Krankenhaus und Wiederaufnahme bei gleicher Diagnose : Verdoppelung der Fallpauschale,
  - höhere Anzahl von Beatmungsstunden als tatsächliche Aufenthaltsstunden,
  - Vergütung einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach stationären Sätzen,
  - Fälle von „Upgrading“

# Fehlleistungen von Krankenkassen

- Insbesondere: Inanspruchnahme des MDK ohne konkreten Anlass,
- Zahlungsverzug bei unstreitigen oder geklärten Fällen,
- unkontrollierte Übertragung der Abrechnungsprüfung auf Dienstleister,
- keine Prüfung auf Doppelzahlungen.

# Auswirkungen des Morbi-RSA auf die Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen

- Bisher: Verteilung der Mittel nach Alter und Geschlecht
- Jetzt: Zusätzliche Berücksichtigung von 80 schwerwiegenden und chronischen, kostenintensiven Krankheiten („Morbi-Versicherte“)

Folge: Zielgenauere Verteilung der Mittel durch

- abgesenkte Grundzuweisungen nach Alter und Geschlecht,
- höhere Zuweisungen für die „Morbi-Versicherten“,
- maßgeblich sind – wie bisher – die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Versichertengruppen.

# Auswirkungen auf die Finanzlage

- Kassen mit unterdurchschnittlicher Zahl von „Morbi-Versicherten“ erhalten deutlich geringere RSA-Zuweisungen als bisher, Kassen mit überdurchschnittlicher Zahl von „Morbi-Versicherten“ deutlich höhere Zuweisungen.

Besondere Gefährdung für Krankenkassen, die – bei vergleichbaren Versicherten – mit überdurchschnittlichen Kosten belastet sind.

Gegensteuerung durch morbiditätsorientiertes Kostenmanagement, insbesondere bei chronisch Kranken – z.B. durch DMP.

- Risikoversicherte nur dann attraktiv, wenn unterdurchschnittliche Kosten erzeugt werden.

# **Auswirkungen der eingeschränkten Beitragshoheit auf die Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen**

- Z.Zt. gesetzlicher Einheitsbeitrag von 14,9 % (paritätisch) zuzüglich 0,9 % für Mitglieder.
- Einheitsbeitrag ist erst bei einer Unterdeckung von 5 % zu erhöhen.
- Folge: Finanzierungslücke von ca. 8 Mrd., akute Gefährdung für Kassen mit überdurchschnittlichen Ausgaben pro Versicherte.

# Beschränkter kassenindividueller Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)

- Begrenzung auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (= z.Zt. 36,75 Euro mtl.)
  - ⇒ Fehlbeträge bei Geringverdienern müssen durch höhere Zusatzbeiträge ausgeglichen werden. Wenn der Finanzbedarf höher ist als die erzielbaren Zusatzbeiträge, versagt die Finanzierungsfunktion.
- Keine Einkommensprüfung bis 8 Euro je Mitglied.

# Erhebliche Kritik am Zusatzbeitrag

- Beschränkung bedeutet endgültigen Verlust der Finanzhoheit mit bestandsgefährdenden Folgen.
- Massive Benachteiligung für Kassen mit schlechter Einkommensstruktur = Konterkarierung der Ziele des RSA und erhebliche Wettbewerbsverzerrung.
- Negative Verteilungswirkung bei einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen.

# Keine Rechtfertigung durch sozialen Schutzzweck

Sonderkündigungsrecht des Mitglieds bei

- erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitrags
- Erhöhung des Zusatzbeitrags
- Senkung der Prämie (§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V)

Daher ist eine soziale Schutzfunktion der Begrenzung des Zusatzbeitrags nicht erforderlich. Tatsächlich dürfte die Begrenzung den Zweck verfolgen, die Zahl der Krankenkassen so schnell wie möglich zu reduzieren.

# Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse:

Bleibt das Krankenhaus auf den Kosten sitzen?

Zu unterscheiden ist:

- zwischen der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde wegen dauernder Leistungsunfähigkeit und
- zwischen Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen einer Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung.

# Haftung bei Schließung einer Krankenkasse

**§ 155 Abs. 4 SGG V (gilt entsprechend für alle Kassenarten mit Ausnahme der landwirtschaftlichen KV):**

- Ab 1.7.2008 unmittelbare Haftung aller Krankenkassen der Kassenart.
- Ab 1.1.2009 ergänzende Haftung aller anderen Krankenkassen für den nicht gedeckten Betrag.
- Forderungen sind ausschließlich an den GKV-Spitzenverband zu richten.
- Regelung der Refinanzierung durch den GKV-Spitzenverband.

# Nachhaftung bei kassenarten- übergreifenden Fusionen

§ 155 Abs. 5 SGB V:

Bei kassenartenübergreifender Fusion Nachhaftung der neuen Kasse für bestimmte Verpflichtungen der ehemaligen Kassenart, insbesondere für Altschulden, für Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten sowie für Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts.

# Insolvenzfähigkeit

- Aufhebung der Haftung der Länder für die Altersversorgungsverpflichtungen der landesunmittelbaren Kassen ab 1.1.2009
- Insolvenzfähigkeit auch der landesunmittelbaren Kassen und Kassenverbände ab 1.1.2010 (Ausnahme: Landwirtschaftliche Krankenkassen und Knappschaft-Bahn-See)

# Haftung im Insolvenzfall (§ 171 d, Abs. 5)

Für Ansprüche der Versicherten, der **Leistungserbringer** und für Forderungen zwischen- und überstaatlichen Rechts:

Haftung der übrigen Kassen der Kassenart, aber Begrenzung auf 1 % der gesamten jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

- Bei Überschreitung dieses Schwellenwertes  
**Haftung der Kassen der anderen Kassenarten**

# Zusammenfassung

Sowohl bei Schließung als auch bei Insolvenz einer Krankenkasse sind die Forderungen der Krankenhäuser ebenso wie der übrigen Leistungserbringer gesichert und zwar durch letztlich kassenübergreifende Haftung aller Krankenkassen.

**Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.**